

cyst: one pediatric case. Arch. Pediatr., 2007; 14(11):1367-1368.

32. Tampakoudis P., Assimakopoulos E., Zafrakas M., Tzeveleakis P., Kostopoulou E., Bontis J. *Pelvic echinococcus mimicking multicystic ovary*. Ultrasound Obstet. Gynecol., 2003; 22(2):196-198.

33. Terek M.C., Ayan C., Ulukuş M., Zekioğlu O., Ozkinay E., Erhan Y. *Primary pelvic hydatid cyst*. Arch. Gynecol. Obstet., 2000; 264(2):93-96.

34. Uchikova E., Pehlivanov B., Uchikov A., Shipkov C., Poriazova E. *A primary ovarian hydatid cyst*. Aust. N Z J Obstet. Gynaecol., 2009; 49(4):441-442.

35. Uysal S., Tunçbilek I., Gökharman D., Kacar M., Birincioğlu P., Koşar U. *Female genitalia hydatidosis herniating to the inguinal canal*. Abdom. Imaging., 2005; 30(5):623-625.

36. Varedi P., Saadat Mostafavi S.R., Salouti R., Sadedi D., Nabavizadeh S.A., Samimi K., Larijani T., Darabi M., Mousavi S.M., Makhmalbaf A.O. *Hydatidosis of the pelvic cavity: a big masquerade*. Infect. Dis. Obstet. Gynecol., 2008; 2008:782621.

37. Vural M., Toy H., Camuzcuoglu H., Cece H. *Primary hydatid disease presenting as a pelvic mass*. J. Obstet. Gynaecol., 2010; 30(6):637-639.

38. Zergeroğlu S., Küçükali T., Koç O. *Primary ovarian echinococcosis*. Arch. Gynecol. Obstet. 2004; 270(4):285-286.

39. Zorlu C.G., Isik A.Z., Caglar T. *Primary pelvic echinococcosis in pregnancy*. Int. J. Gynaecol. Obstet., 1996; 52(2):177-178.

40. Zulfikaroglu E., Islımye M., Zulfikaroglu B., Danisman N. *Abdominal and pelvic hydatid cyst obstructing the labor*. Bratisl. Lek. Listy. 2010; 111(8):464-466.

41. Spiliotis J.D., Kakkos S.K., Petsas T., Siablis D., Androulakis J.A. *Inguinal swelling: a rare presentation of retroperitoneal hydatidosis*. Eur. J. Surg., 1999; 165(1):75-76.

Rezumat

Autorii prezintă revista literaturii în contextul etiologiei, patofiziologiei diagnosticului și metodelor de tratament al echinococului pelvian.

Summary

The authors present the literature review describing the etiology, pathophysiology, diagnosis and treatment policy for pelvic echinococcosis.

Резюме

Авторами представлен обзор литературы по этиологии, патофизиологии, диагностике и лечению эхинококка малого таза.

STENTUL METALIC AUTOEXPANDABIL – ALTERNATIVĂ A INTERVENȚIILOR DE URGENȚĂ ÎN TRATAMENTUL OCLUZIEI NEOPLAZICE DE COLON

Gheorghe Zastavnițchi, cercetător științific
Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă

Introducere. Ocluzia de colon este una dintre urgențele abdominale frecvente. În majoritatea cazurilor ocluzia de colon reprezintă o complicație a tumorilor intestinului gros (circa 80%), deși cauze primare pot fi patologii benigne, ca torsiunea colonului sigmoid și diverticuloza [1]. În pofida screeningului pentru cancerul colorectal, circa 8-40% din pacienții cu carcinom colorectal se adresează primar cu ocluzie de colon, deseori sediul obstacolului fiind distal de flexura lienală [2-7]. Astfel, ocluzia de colon stâng reprezintă o problemă chirurgicală actuală.

Intervențiile chirurgicale urgente pentru ocluzia de colon sunt asociate cu o morbiditate și o mortalitate semnificative, în acest context un număr important de pacienți vor fi stomizați temporar ori definitiv [3, 5, 8-11]. Actualmente există un consens de management chirurgical al pacienților cu ocluzii de colon drept, acesta constând în rezecție primară și anastomoză, cu excepția pacienților „compromiși”, fapt inexistent în cazul ocluziilor de colon stâng [3, 10, 12, 13].

Așadar, până în prezent în literatura de specialitate sunt descrise mai multe modalități de abordare chirurgicală și endoscopică a acestor pacienți: intervenții seriate, rezecții și anastomoze primare, stoma biluminală decompresivă, anastomoze primare cu stomă decopresivă – procedeul STEC, stentarea endoscopică cu scop decompresiv sau paliativ în cazul pacienților „inoperabili” [12-22]. Indiferent de modalitatea de tratament, soluționarea chirurgicală a ocluziei neoplazice de colon este asociată cu mortalitate și morbiditate ce depășește 10% și poate atinge 30% și 40-50%, respectiv [11, 23].

În premieră mondială stentarea endoscopică în tratamentul neoplaziilor ocluzive de colon a fost descrisă de Dohmoto M. în anul 1991 [24]. Primele stenturi plasate în colon au fost concepute pentru utilizare intravasculară sau în stentarea esofagului, actualmente acestea sunt special fabricate pentru montare în colon [24]. Totuși, primul tip de stent colonic intraluminal utilizat a fost sonda nasogastrică [25]. La momentul actual sunt accesibile două tipuri de SMAE: 1)

acoperite și 2) neacoperite, însă indicațiile de utilizare a acestor tipuri de SMAE sunt similare [20].

Utilizarea SMAE a fost indicată cu scop de pregătire preoperatorie în cazul pacienților cu tumori potențial rezecabile [24, 26]. În aceste circumstanțe SMAE este instalat de urgență, cu scop de a elimina ocluzia intestinală, astfel asigurând decompresia, „pregătirea” colonului și stadializarea mai exactă a tumorii [27, 28]. Stentarea colrectală în cazul ocluziei neoplazice de colon permite stabilizarea preoperatorie a pacientului, reducând astfel morbiditatea și mortalitatea perioperatorie, durata de spitalizare și costurile de tratament [11]. Ulterior pacientul este operat în mod programat, fiind redus astfel riscul de complicații postoperatorii [29]. Mai mult ca atât, asigurând decompresia intestinală și pregătirea preoperatorie, sporește probabilitatea rezecției cu anastomoză primară, fiind astfel redusă probabilitatea stomizării pacientului [2].

Stentarea paliativă ameliorează calitatea vieții, comparativ cu intervenția chirurgicală [11]. Alte avantaje ale stentării pacienților cu neoplasme ocluzive de colon sunt: (I) durata redusă de spitalizare; (II) spitalizare redusă în secția de terapie intensivă, comparativ cu intervențiile chirurgicale de urgență [30].

Indicațiile pentru utilizarea SMAE sunt: (I) tratamentul temporar sau definitiv al afecțiunilor maligne stenozante ale rectului, colonului sigmoid, descendent și transvers (figurile 1, 2 a, b); (II) tratamentul fistulelor colorectale și/sau acolovezicale (SMAE acoperite) [2, 18]

Contraindicațiile pentru utilizarea SMAE sunt: (I) perforația colonului; (II) ascita severă; (III) abcese intraperitoneale; (IV) coagulopatia severă; (V) ischemia enterală [2, 18].

Instalarea SMAE nu este tot timpul posibilă sau clinic eficientă, astfel rata medie de succes tehnic fiind de 94% (90-100%), iar rata de succes clinic este de 91% (84-94%) [31]. Complicațiile majore induse de plasarea SMAE sunt: (I) perforația – 3.76%; (II) migrarea SMAE – 11.81%; (III) obturarea SMAE – 7.34% [31]. Mortalitatea indusă de utilizarea SMAE variază între 0.58% și 5.7% [31, 32].

Din momentul descrierii metodei de stentare de către Dohmoto la începutul anilor '90 ai sec. XX, aceasta a rămas nemodificată [24]. Radiografia de ansamblu a abdomenului (pentru a exclude perforația colonului) și TC abdominal fiind obligatorii, cu scop de a obține informații suplimentare referitor la localizarea ocluziei și stadiul tumorii (figura 2 a, b) [2]. Profilaxia cu antibiotic este obligatorie în cazul pacienților cu ocluzii complete, deoarece insuflexia de aer poate induce microperforație și bacteriemie [2].

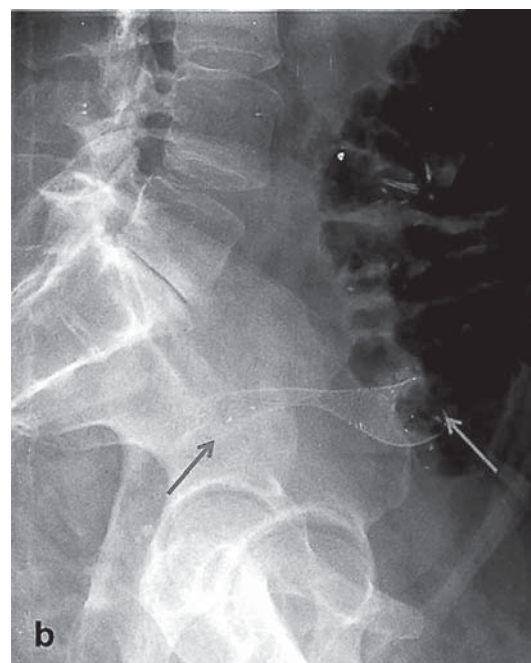
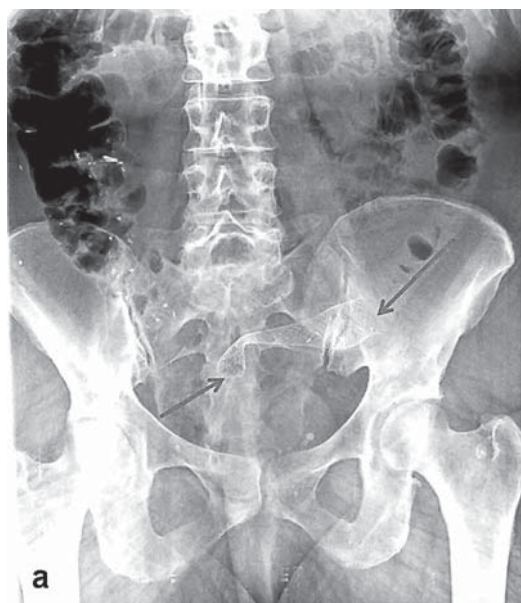


Fig. 1 a, b. Stent in situ regiune rectosigmoidiană cu adenocarcinom ocluziv; 24 de ore de la stentare.

Selectarea dimensiunilor SMAE este efectuată astfel ca marginile acestuia să depășească cu cel puțin 2 cm limitele stenozei, acestea fiind disponibile cu următoarele dimensiuni: diametrul SMAE – 20; 22,25 mm lungimea fiind de 82, 90, 113, 135 mm [33].

Examenul radiologic abdominal se recomandă să fie efectuat la 24 de ore de la plasarea SMAE, pentru aprecierea eficacității clinice, decompresia reușită fiind definită ca rezolvarea clinică și radiologică a semnelor de ocluzie timp de 24 de ore (figura 1 a, b).

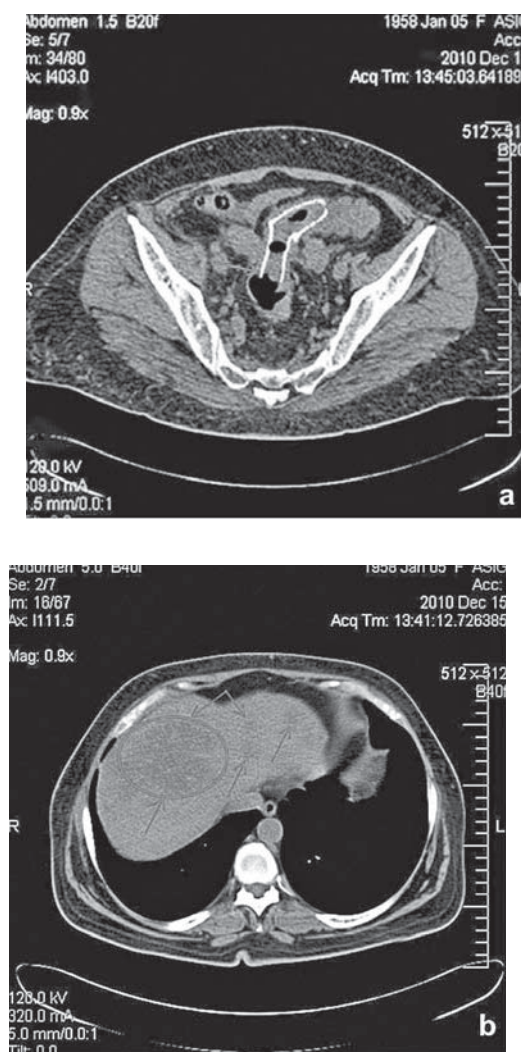


Fig. 2 a, b. Stent in situ (a) regiune rectosigmoidiană cu adenocarcinom ocluziv 60 de zile de la stentare; multiple Mt hepatice; (b) – același pacient.

Concluzii. Din multitudinea de opțiuni de tratament disponibile în ocluzia de colon, aplicarea SMAE este procedeul de elecție, acesta fiind indicat drept primă intenție, ca paliativ sau ca decompresie preoperatorie. În cazul pacienților noncurabili prin intervenții chirurgicale, stentarea trebuie preferată intervenției chirurgicale în toate cazurile posibile. În cazul decompresiei preoperatorii stentarea s-a dovedit a fi eficientă și sigură, cu o rată semnificativă de succes și o rată redusă de complicații semnificative.

Bibliografie

1. Zorcolo L., Covotta L., Carlomagno N., Bartolo D.C. *Safety of primary anastomosis in emergency colorectal surgery.* Colorectal. Dis., 2003; 5(3):262-269.
2. Farrell J.J. *Preoperative colonic stenting: how, when and why?* Curr. Opin. Gastroenterol., 2007; 23(5):544-549.
3. Phillips R.K., Hittinger R., Fry J.S., Fielding L.P. *Malignant large bowel obstruction.* Br. J. Surg., 1985; 72(4):296-302.
4. Carraro P.G., Segala M., Cesana B.M., Tiberio G. *Obstructing colonic cancer: failure and survival patterns over a ten-year follow-up after one-stage curative surgery.* Dis. Colon. Rectum., 2001; 44(2):243-250.
5. Mella J., Biffin A., Radcliffe A.G., Stamatakis J.D., Steele R.J. *Population-based audit of colorectal cancer management in two UK health regions.* Colorectal Cancer Working Group, Royal College of Surgeons of England Clinical Epidemiology and Audit Unit. Br. J. Surg., 1997; 84(12):1731-1736.
6. Athreya S., Moss J., Urquhart G., Edwards R., Downie A., Poon F.W. *Colorectal stenting for colonic obstruction: the indications, complications, effectiveness and outcome-5 year review.* Eur. J. Radiol., 2006; 60(1):91-94.
7. Cheynel N., Cortet M., Lepage C., Benoit L., Faivre J., Bouvier A.M. *Trends in frequency and management of obstructing colorectal cancers in a well-defined population.* Dis. Colon. Rectum., 2007; 50(10):1568-1575.
8. Tekkis P.P., Kinsman R., Thompson M.R., Stamatakis J.D. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer.* Ann. Surg., 2004; 240(1):76-81.
9. Meyer F., Marusch F., Koch A., Meyer L., Führer S., Köckerling F., Lippert H., Gastinger I.; German Study Group "Colorectal Carcinoma (Primary Tumor)". *Emergency operation in carcinomas of the left colon: value of Hartmann's procedure.* Tech. Coloproctol., 2004; 8 Suppl 1:226-229.
10. Aslar A.K., Ozdemir S., Mahmoudi H., Kuzu M.A. *Analysis of 230 cases of emergent surgery for obstructing colon cancer-lessons learned.* J. Gastrointest. Surg., 2011; 15(1):110-119.
11. Katsanos K., Sabharwal T., Adam A. *Stenting of the Lower Gastrointestinal Tract: Current Status.* Cardiovasc. Intervent. Radiol., 2010 Dec 3. [Epub ahead of print].
12. Trompetas V. *Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction.* Ann. R. Coll. Surg. Engl., 2008; 90(3):181-186.
13. Breitenstein S., Rickenbacher A., Berdajs D., Puhani M., Clavien P.A., Demartines N. *Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction.* Br. J. Surg., 2007; 94(12):1451-1460.
14. Siddiqui A., Khandelwal N., Anthony T., Huerta S. *Colonic stent versus surgery for the management of acute malignant colonic obstruction: a decision analysis.* Aliment. Pharmacol. Ther., 2007; 26(10):1379-1386.
15. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. *Тактика оперативного лечения при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости.* Хирургия, 2008; (9):15-18.
16. Meijer W.S., Vermeulen J., Gosselink M.P. *Primary resection and side-to-end anastomosis next to an end-colostomy in the management of acute malignant ob-*

struction of the left bowel: an alternative in selected patients. Tech. Coloproctol., 2009; 13(2):123-136.

17. Fukami Y., Terasaki M., Sakaguchi K., Murata T., Ohkubo M., Nishimae K. *Side-to-end anastomosis in a colostomy for acute malignant large-bowel obstruction: side-to-end anastomosis with a colostomy (STEC procedure).* Surg. Today., 2009; 39(3):265-268.

18. Ansaloni L., Andersson R.E., Bazzoli F., Catenana F., Cennamo V., Di Saverio S., Fuccio L., Jeekel H., Leppäniemi A., Moore E., Pinna A.D., Pisano M., Repici A., Sugarbaker P.H., Tuech J.J. *Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society.* World J. Emerg. Surg., 2010; 28(5):29.

19. Stefanidis D., Brown K., Nazario H., Trevino H.H., Ferral H., Brady C.E. 3rd, Gross G.W., Postoak D.W., Chadbury R., Rousseau D.L. Jr., Kahlenberg MS., *Safety and efficacy of metallic stents in the management of colorectal obstruction.* JSLS. 2005; 9(4):454-459.

20. Feo L., Schaffzin D.M. *Colonic stents: the modern treatment of colonic obstruction.* Adv. Ther., 2011 Jan 6. [Epub ahead of print].

21. Iversen L.H., Kratmann M., Bøje M., Laurberg S. *Self-expanding metallic stents as bridge to surgery in obstructing colorectal cancer.* Br. J. Surg., 2011; 98(2):275-281.

22. Meisner S., Hensler M., Knop F.K., West F., Wille-Jørgensen P. *Self-expanding metal stents for colonic obstruction: experiences from 104 procedures in a single center.* Dis. Colon. Rectum., 2004; 47(4):444-450.

23. Riedl S., Wiebelt H., Bergmann U., Hermanek P. Jr. *Postoperative complications and fatalities in surgical therapy of colon carcinoma. Results of the German multicenter study by the Colorectal Carcinoma Study Group.* Chirurg., 1995; 66(6):597-606.

24. Dohmoto M. *New Method: endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis.* Endoscopia Digestiva 1991; 3: 1507-1512.

25. Lelcuk S., Ratan J., Klausner J.M., Skornick Y., Merhav A., Rozin R.R. *Endoscopic decompression of acute colonic obstruction. Avoiding staged surgery.* Ann. Surg. 1986; 203(3):292-294.

26. Mainar A., Tejero E., Maynar M., Ferral H., Castañeda-Zúñiga W. *Colorectal obstruction: treatment with metallic stents.* Radiology. 1996; 198(3):761-764.

27. Baron T.H., Dean P.A., Yates M.R. 3rd, Canon C., Koehler R.E. *Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes.* Gastrointest. Endosc., 1998; 47(3):277-286.

28. Mainar A., De Gregorio Ariza M.A., Tejero E., Tobío R., Alfonso E., Pinto I., Herrera M., Fernández J.A. *Acute colorectal obstruction: treatment with self-expandable metallic stents before scheduled surgery-results of a multicenter study.* Radiology., 1999; 210(1):65-69.

29. Keymling M. *Colorectal stenting.* Endoscopy. 2003; 35(3):234-238.

30. Binkert C.A., Ledermann H., Jost R., Saurenmann P., Decurtins M., Zollikofer C.L. *Acute colonic obstruction: clinical aspects and cost-effectiveness of preoperative and palliative treatment with self-expanding metallic stents-a preliminary report.* Radiology., 1998; 206(1):199-204.

31. Sebastian S., Johnston S., Geoghegan T., Torreggiani W., Buckley M. *Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction.* Am. J. Gastroenterol., 2004; 99(10):2051-2057.

32. Tilney H.S., Lovegrove R.E., Purkayastha S., Sains P.S., Weston-Petrides G.K., Darzi A.W., Tekkis P.P., Heriot A.G. *Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction.* Surg. Endosc., 2007; 21(2):225-233.

33. Cheung H.Y., Chung C.C., Tsang W.W., Wong J.C., Yau K.K., Li M.K. *Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer: a randomized controlled trial.* Arch. Surg., 2009; 144(12):1127-1132.

Rezumat

Ocluzia neoplazică de colon reprezintă o urgență chirurgicală frecventă. Decompresia chirurgicală prin colostomie cu sau fără rezecție și eventuală reconstrucție a fost tradițional considerată tratamentul de elecție în această situație. Totuși, aceste intervenții sunt asociate cu o rată semnificativă de morbiditate și mortalitate. Pe durata ultimilor 15 ani a fost obținut un progres remarcabil în tratamentul nonoperator al ocluziei neoplazice de colon, îndeosebi în utilizarea stenturilor metalice autoexpandabile (SMAE). Recent în literatura de specialitate a fost descrisă utilitatea stentării cu SMAE în tratamentul ocluziei neoplazice de colon stâng ca alternativă a decompresiei chirurgicale. Autorul prezintă revista literaturii și experiența proprie la acest subiect.

Summary

Colonic obstruction due to malignancy represents a surgical emergency. Surgical decompression with colostomy with or without resection and eventual reanastomosis has traditionally been the treatment of choice. These procedures have been associated with a significant morbidity and mortality rate. Over the past 15 years, great progress has been made in the nonsurgical management of malignant large bowel obstruction, particularly in the area of self-expanding metal stents (SEMS). Recently, SEMS have been used in the treatment of malignant left-sided colon obstruction as an alternative to emergency surgery. The author presents the literature review regarding SEMS efficacy in the treatment of malignant left-sided colonic obstruction.

Резюме

Непроходимость толстого кишечника опухолевой природы является распространенной хирургической чрезвычайной ситуацией. Хирургическая деком-

прессия с использованием колостомы с, или без хирургической резекции и возможной реконструкции, традиционно считается методом выбора в этой ситуации. Однако, эти вмешательства связаны со значительными показателями инвалидности и смертности. За последние 15 лет был достигнут значительный прогресс в неоперативном лечении колоректальной окклюзии опухолевой природы, в частности, с использованием саморасширяющихся металлических стентов (SEMS). В литературе описано использование данного стента с положительным результатом в лечении непроходимости толстого кишечника опухолевой природы, как альтернативы хирургической декомпрессии. Автор представляет обзор литературы по данному вопросу и личный клинический опыт.

PANCREATITA EMFIZEMATOASĂ. REVISTA LITERATURII

Marin Vozian, asist. univ. USMF
"Nicolae Testemițanu", Catedra de Chirurgie
nr.1 "Nicolae Anestiadi",
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-
Biliară, CNȘPMU

Introducere. Infecțiile emfizematoase ale abdomenului și bazinului (ale colecistului, stomacului, pancreasului și ale sistemului genitourinar) reprezintă situații cu morbiditate și letalitate înalte, potențial fatale, care necesită conduită medicală și deseori chirurgicală agresivă. Manifestarea clinică inițială a acestor nozologii poate fi insidioasă, însă, în absența intervenției terapeutice, va avea loc progresarea rapidă spre sepsis [1].

Cauzele principale ale pancreatitei acute sunt migrarea calculilor biliari și abuzul de alcool [2]. Rata generală de mortalitate de 4% poate depăși 50% la asocierea complicațiilor (formarea abcesului, superinfecția cu bacterii producătoare de gaz) [3, 4]. Rata depistării gazului în abcesele pancreatice poate atinge 22%, însă doar prezența gazului nu demonstrează prezența infecției [5, 6].

Pancreatita necrotică emfizematoasă este o formă rară și severă a pancreatitei acute [7]. Este asociată de dezvoltarea infecției cu microorganisme producătoare de gaz și se caracterizează prin prezența gazului intra- și/sau peripancreatic [8]. Tomografia computerizată (TC) este metoda imagistică preferată, deoarece este foarte sensibilă și specifică pentru depistarea gazului patologic și permite determinarea sigură a localizării anatomice și a extinderii gazului [9].

Deși rezultatele tratamentului pancreatitei emfi-

zematose (PE) sunt modeste, în literatură sunt publicații limitate despre caracteristicile clinice ale PE [10]. Ratele mortalității și morbidității ating 40% și 100%, respectiv. Pancreatita emfizematoasă a fost tradițional o indicație pentru tratament chirurgical, însă recent au apărut publicații ce susțin conduita nonoperatorie a pancreatitei emfizematoase [11].

Au fost raportate cazuri de asociere a PE cu alte tipuri de infecție emfizematoasă: a colecistului, vezicii urinare, rinichiului și intestinului. Acești pacienți sunt deseori cu statut imunologic compromis, având ca patologii de fond diabet zaharat sau insuficiență renală și au de obicei un pronostic grav [5,12,13].

Cunoașterea caracteristicilor patofiziologice, a factorilor predispozanți și a datelor imagistice tipice asociate infecțiilor emfizematoase va contribui la diagnosticarea timpurie și la ameliorarea rezultatelor tratamentului. Totodată, aceste cunoștințe pot ajuta la monitorizarea evoluției, a posibilelor complicații și la evaluarea răspunsului la tratament [1].

În acest articol este prezentată revista literaturii privind infecțiile emfizematoase ale pancreasului în aspect de manifestări clinice, imagistice, factori predispozanți, diagnostic diferențial și opțiunile curente de tratament.

Etiopatogenie. Prezența gazului în parenchimul organelor solide sau pereții viscerelor cavitare poate fi cauzată de o varietate de entități patologice sau benigne. Pe lângă infecția cu bacterii producătoare de gaz precum *Escherichia coli*, *Clostridium*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Klebsiella*, *Candida* și *Pseudomonas* [10], alte surse ale gazului intraductal sau în parenchimul pancreatic includ refluxul din duoden după sfincterotomie, manipulațiile endoscopice, fistule enterice (mai frecvent implicând colonul transvers) și infarctul organului [5] (vezi tabelul). Într-o serie de cazuri a fost descrisă fistula drept cauză a apariției gazului în parenchimul pancreatic [14]. Fistulele se formează de obicei între pancreas și colon, duoden, jejun sau piele. Într-o serie de 10 pacienți cu gaz pancreatic 9 au avut pancreatită și toți au avut fistulă demonstrată radiologic sau intraoperator. Fistulele asociate pancreatitei se formează, de obicei, tardiv în evoluție după drenarea unui pseudochist sau ca o complicație a pancreatitei flegmonoase. În această serie de cazuri autorii recomandă intervenție chirurgicală, deoarece drenarea prin formarea fistulei poate fi incompletă sau poate cauza sepsis sau hemoragie [14]. Ampula Vater beantă, diverticulul duodenal, ulcerul duodenal penetrant sau manipulațiile endoscopice sunt alte surse posibile de gaz în parenchimul pancreatic [7].

Microorganismele ajung în loja pancreatică prin fluxul sangvin, ducturile limfatice, traiectul fistulei sau prin reflux din intestin în căile biliare și pancre-